

Notificación prototipo a padre / tutor para Medicaid / SCHIP

Estimado padre/tutor

Los niños que tienen seguro de salud tienen más probabilidad de recibir atención médica preventiva y cuidado médico cuando están enfermos. Esto resulta en menores ausencias en la escuela por motivos de enfermedad, y los niños van a la escuela listos para aprender. Si sus hijos no tienen seguro de salud, a usted le interesará saber que muchas familias que reciben comidas escolares gratuitas, o a precio reducido, pueden también obtener seguro de salud gratuito, o de bajo costo, para sus niños. Muchas familias, sin embargo, no saben sobre los programas de seguro de salud que hay disponibles.

La ley ya nos permite que compartamos su información pertinente a la admisibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y el programa estatal de seguro de salud para los niños (SCHIP). Medicaid y el programa estatal de seguro de salud para los niños pueden utilizar esta información sólo para identificar a aquellos niños que pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o a bajo costo e inscribirlos en Medicaid o en el programa estatal de seguro de salud para los niños. A Medicaid y al programa estatal de seguro de salud no se les permite utilizar la información encontrada en la solicitud hecha por usted para comidas escolares gratuitas o a precio reducido para ningún otro propósito. Es posible que los funcionarios de Medicaid o los funcionarios con el programa estatal de seguro de salud para los niños se pongan en contacto con usted para obtener mayor información.

A usted no se le exige que nos permita divulgarle a Medicaid o el programa estatal de seguro de salud para los niños información acerca de la solicitud hecha por usted para comidas gratuitas o a precio reducido. Si usted **no** desea que su información sea compartida con Medicaid o con el programa estatal de seguro de salud para los niños, usted debe informarnos. Usted debe de completar el formulario que aparece a continuación y remitirlo a la escuela de sus hijos antes del _____ si no quiere que la información de la admisibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido sea divulgada a Medicaid o al programa estatal de seguro de salud para los niños. Si desea más información, puede llamar a _____ al _____.

No quiero que los funcionarios escolares le divulgen a Medicaid o al programa estatal de seguro de salud para los niños información acerca de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido.

Nombre del niño _____ Escuela _____
Nombre del niño _____ Escuela _____
Nombre del niño _____ Escuela _____

Firma del padre / tutor _____ **Fecha** _____

Nombre en letras de molde _____

Domicilio _____
